

ARTROSCOPIA DELL' ANCA



L'artroscopia è una tecnica chirurgica che consente l'accesso alle articolazioni mediante piccole incisioni, utilizzando piccoli strumenti sotto il controllo della telecamera.

L'artroscopia d'anca è una procedura chirurgica di recente introduzione nella chirurgia ortopedica, sorella più giovane dell'artroscopia di ginocchio e della spalla. Con tale metodica si possono trattare numerose patologie che colpiscono tale articolazione, sia di tipo degenerativo, (artrosi iniziali o moderate) sia di tipo traumatico (traumi sportivi o accidentali) e sia patologie articolari (condromatosi, sinoviti, etc).

Tra le patologie più frequenti il conflitto femoro acetabolare rappresenta la principale patologia, essa è una forma artrosica iniziale dell'anca. Il suo trattamento artroscopico consente di migliorare i sintomi (dolore e limitazione del movimento) e di prevenire il precoce sviluppo dell'artrosi.

Indicazioni

Intra articolari

- Conflitto femoro-acetabolare
- Coxartrosi
- Lesioni cartilaginee
- Lesioni del labrum acetabolare.
- Osteonecrosi della testa del femore.
- Protesi totale d'anca dolorosa.
- Anca a scatto mediale e laterale.
- Corpi mobili (corpi estranei)
- Condromatosi Sinoviale

Extra articolari

- borsiti trocanteriche
- anca a scatto
- tendinopatia medio e piccolo gluteo
- tendinopatia ileopsoas



SINTOMATOLOGIA

I pazienti affetti da problematiche all'anca presentano frequentemente un dolore nella regione inguinale con possibilità di dolore riferito anche nella regione glutea, frequentemente descrivono il dolore posizionando la mano con il pollice sul gluteo e le altre dita nella regione anteriore dell'anca (segno della C).

Il dolore può presentarsi durante i movimenti di flessione dell'anca oltre i 90° associato alle rotazioni interna ed esterna. Il dolore può presentarsi anche durante le ore notturne.

Assumere la posizione accovacciata può risultare difficile se non impossibile, difficoltà ad accavallare le gambe. Anche la guida dell'automobile può evocare dolore a causa della posizione di guida. Nei soggetti sportivi la sintomatologia dolorosa può essere presente soltanto durante l'esecuzione di attività sportive che contemplano ripetuti movimenti di torsione come il ballo, il calcio, la pallacanestro, le arti marziali o durante gli sport di contatto (rugby, football americano e calcio)

Le controindicazioni all'artroscopia sono principalmente l'artrosi avanzata, l'osteonecrosi della testa del femore con collasso dell'epifisi, la presenza di un'articolazione anchiloticata o con coxa protrusa.

Nell'anca non esiste un vero spazio articolare, per la potente azione dei muscoli e l'elevata congruenza articolare. Questa condizione impedirebbe la penetrazione di strumenti e la valutazione della regione intra-articolare, se non venisse applicata all'arto un'adeguata trazione. Il paziente viene posizionato sul letto con arto inferiore in trazione e tramite RX si verifica l'apertura dell'articolazione ottenuta. L'entità di questa trazione può essere ridotta con l'introduzione di soluzione salina in articolazione.

Per la valutazione e il trattamento della regione periferica si lavora senza trazione e l'anca viene flessa e ruotata (flessione 45°, rotazione 30°). Il paziente è posizionato in decubito supino o laterale e l'intervento viene eseguito tramite due o tre accessi portali con incisioni di piccole dimensioni 6-7 mm, necessari per l'introduzione dell'artroscopio e degli strumenti chirurgici.

Raggiunta l'articolazione si esegue una valutazione in toto dello spazio e delle superfici articolari per verificare l'esatta entità del danno osteocartilagineo, spesso sottostimato dalla valutazione strumentale pre-operatoria e si procede poi all'intervento chirurgico vero e proprio.

Come per tutti gli interventi chirurgici possono esserci delle complicazioni, ma in questo caso sono rare e più spesso transitorie, ovvero si risolvono in pochi giorni o al massimo qualche settimana. Le complicazioni possono essere:

- Lesioni cutanee
- Infezione
- Lesioni neuro vascolari
- Peggioramento dei sintomi (dovuto al carattere evolutivo della malattia di base)

L'artroscopia d'anca è una pratica chirurgica ben tollerata dal paziente con tempi di degenza ospedaliera ridotti rispetto ad un intervento in artrotomia.

Nell'immediato post operatorio il paziente può presentare dolore a livello del tratto lombare del rachide, natiche, anca e ginocchio dovuto al decubito intraoperatorio, che può essere gestito efficacemente con terapia analgica. In associazione al dolore si può presentare un rigonfiamento transitorio della natica, della coscia e dell'inguine dovuto alla soluzione salina utilizzata durante l'intervento e che tende a risolversi in pochissimi giorni.

La fisioterapia post operatoria ha un ruolo importante: il paziente seguito da un fisioterapista deve eseguire esercizi mirati alla mobilizzazione attiva e passiva dell'anca per un rapido recupero della mobilità articolare e del tono trofismo muscolare. In base all'indicazione chirurgica al paziente potrà essere concesso carico totale o parziale.

Per il recupero funzionale completo ed il ritorno allo svolgimento delle normali attività, sono necessari circa due mesi, per gli atleti, invece, il ritorno alla competizione agonistica è possibile in tre/sei mesi.

La patologia che trova grande indicazione nell'artroscopia d'anca è L'impingement femoro-acetabolare, malattia dell'anca che deriva da una non perfetta conformazione dei capi articolari, che si urtano nell'escursione articolare. Colpisce soprattutto giovani adulti di sesso maschile, spesso sportivi, molto probabilmente perché l'attività sportiva agonistica comporta la ripetizione di movimenti responsabili del conflitto, rendendo sintomatica una condizione che in soggetti sedentari potrebbe rimanere silente per molto tempo. Si distinguono due tipi di conflitto femoro acetabolare, tipo Pincer e CAM che possono manifestarsi isolatamente o in associazione.

Il conflitto tipo Pincer è sostenuto da un eccesso di copertura acetabolare, mentre la tipologia CAM da un'anomalia morfologica della giunzione testa-collo, con riduzione della sfericità. In entrambi i casi la non perfetta conformazione dei capi articolari ne riduce l'escursione che il femore può eseguire prima di urtare i bordi dell'acetabolo, generando il conflitto.

Clinicamente il conflitto femoro acetabolare si manifesta con dolore inguinale ad esordio subdolo, soprattutto dopo uno sforzo fisico (spesso si pone diagnosi differenziale con la ernia da sport); i primi movimenti ad essere limitati sono quelli di flessione e rotazione interna dell'anca. Con il progredire della patologia il dolore si manifesta alla deambulazione, che può compromettere fino alla comparsa di zoppia.

La diagnosi è radiografica: rx bacino per anche, proiezione di Dunn modificata e proiezione del falso profilo; TC, RMN e artro RMN possono essere richiesti in prospettiva di un intervento chirurgico correttivo.

L'impingement femoro acetabolare può complicarsi con la lesione del labbro acetabolare, struttura fibrocartilaginea ad anello fissato al bordo del cotile, rivestito in superficie dalla capsula articolare con funzione di lubrificazione e nutrimento della cartilagine articolare, riduzione della pressione articolare, stabilizzatore dell'articolazione, massima escursione articolare senza dolore.

Questa patologia è trattata da un punto di vista sintomatico con antinfiammatori e antidolorifici; in caso di sovrappeso si consiglia calo ponderale che rallenta la degenerazione cartilaginea, e se il grado artrosico risulta avanzato, l'indicazione chirurgica è l'artroprotesi totale.

